DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Veuillez renvoyer le présent formulaire à l'**infirmière** de l'école de votre enfant. Celle-ci informera le personnel de l'établissement et l'Office of Food & Nutrition Services (le bureau des services alimentaires) de ses besoins.

Élève avec régime alimentaire spécial
Année scolaire 2014-2015

Si votre enfant fait l'objet d'un régime alimentaire ou nutritionnel spécifique, renseignez le présent formulaire et faites-le signer par une autorité médicale reconnue. Si ces besoins sont précisés dans le cadre d'un IEP, veuillez joindre une copie du programme en question.

Nom de l'élève :	ID :	Date de naissance :
Nom de l'école :	Niveau :	Nom de l'enseignant : (si connu)

L'élève présente-t-il un handicap ?
Le cas échéant, veuillez énoncer les principales activités courantes affectées par le handicap :

Répertoriez les restrictions alimentaires spécifiques :

Allergies ou intolérances alimentaires :

Aliments à remplacer :

Répertoriez les aliments dont la texture doit être modifiée. Si tous doivent être préparés de cette manière, indiquez « Tous ».
Utilisez un autre formulaire si nécessaire.

Aliments dont la texture doit être modifiée	Modification (haché, finement moulu, écrasé ou mixé, liquides épaissis, etc.)	Autres instructions (y compris les habitudes alimentaires spécifiques, les techniques d'alimentation et les équipements nécessaires)

Nom du parent/tuteur :	Téléphone :
	E-mail :
Nom du prestataire de santé : (médecin, infirmière, aide-soignant, etc.)	Téléphone :
Autre contact :	Téléphone :
Autre contact :	Téléphone :

_____ _____
Signature du parent/tuteur Date

_____ _____
Signature du prestataire de santé Date